

РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЯЮЩЕЙ ПЛАСТИКИ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР БУЛЬБО-МЕМБРАНОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ

Аркатов А.В., Панасовский Н.Л.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им.В.И.Шاپовала», г. Харьков

В последние годы отмечается существенный рост числа стриктур уретры у мужчин. При этом протяженные поражения диагностируются в 15-18% случаев, восстановление нормальной проходимости уретры является одной из самых сложных задач в хирургии этих состояний.

За последние десятилетия в хирургии уретры внедрено большое количество новых реконструктивных приемов, что связано с тяжестью поражения уретры.

Тактика хирургии таких состояний не имеет единых стандартов и очень разнообразна. Однако, не смотря на большое разнообразие хирургических методик от 14% до 27% случаев наблюдаются рецидивы стриктуры[4,5].

В настоящее время для лечения протяженных стриктур уретры существует большой выбор расширяющих уретропластик с применением тканевых лоскутов[1,2]. Во многих клиниках в качестве основного пластического материала применяется буккальный трансплантат[3].

К наиболее сложным с точки зрения хирургической коррекции относятся протяженные стриктуры бульбо-мембранозного отдела уретры.

Цель работы: Анализ результатов оперативного лечения стриктур бульбо-мембранозного отдела уретры методом расширяющей пластики буккальным трансплантатом.

Материалы и методы:

В андрологическом отделении ХОКЦУиН им. В.И.Шаповала с 2012 по 2017г. находилось на лечении 43 пациента 18-68 (57) лет с протяженной стриктурой бульбо-мембранозного отдела уретры в среднем 3,5см. По этиологическому фактору - 20 пациентов(46,5%) - посттравматической этиологии, 12 пациента (27,9%) - воспалительного характера и 11 пациентов (25,6%) ятрогенной причины.

Локализацию и протяженность стриктуры определяли стандартными рентгенологическими методами (восходящая уретрография, микционная цистоуретрография), уретроскопия, бужирование.

Всем пациентам была выполнена расширяющая пластика буккальным трансплантатом. На 20-21 сутки после операции удаляли уретральный катетер.

К осложнениям в раннем послеоперационном периоде мы отнесли урогематому послеоперационной раны у 3 пациентов (10,4%), свищ уретры у 1 пациента (3%). К поздним осложнениям – рецидив стриктуры (места анастомозов) мы наблюдали у 2 пациентов (6,4%).

Выводы:

В 86,9% случаев протяженных стриктур бульбо-мембранозного отдела уретры использование расширяющей пластики буккальным трансплантатом позволяет восстановить проходимость уретры с хорошим функциональным результатом.

Литература

1. Mangera, A.A. systematic Review of Graft Augmentation Uretroplasty Techniques for the treatment of Anterior Urethral Strictures/ A.Mangera, J.M.Petterson, C.R.Chapple// Eur.Urol.-2011.-№59.-P.797-814.
2. Matur, R.K Tunica albuginea urethroplasty for urethral strictures/ R.K.Mathur, A.Sharma// J.Urol.-2010.-P.120-4.
3. Xu, Y.M. Treatment of urethral strictures using lingual mucosal urethroplasty: experience of 92 cases/ Y.M.Xu, Q.Fu, Y.L.Sa et al.// Chin. Med.J.-2010.-№123-P.458-62.
4. Barbagli G. Interim outcomes of dorsal skin graft bulbar urethroplasty/ G. Barbagli, E.Palminteri et al.// J.Urol.-2004.-P.1365-7.
5. Riordan, A. Outcome of dorsal buccal graft urethroplasty for recurrent bulbar urethral strictures/ A. O Riordan, R.Narahari, V.Kumar// B.J.Urol.Int.-2008.-№102.-P.1148-51.

МОДИФІКОВАНИЙ СПОСІБ ФРЕНУЛОТОМІЇ З ПЛАСТИКОЮ ПЕРЕДНЬОЇ ШКІРОЧКИ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА

Баранник С.І., Баранник К.С.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

Вступ. Вроджені та набуті аномалії розвитку передньої шкірочки статевого члена часто є показанням до проведення пластичних корегуючих операцій [1, 2]. Поєднання короткої вуздечки статевого члена і фімозу виникає достатньо часто. Іноді повторювання травматичних ушкоджень вуздечки статевого члена під час статевого акту мають самостійно призводити до утворення «хибного» фімозу. У всіх випадках виникають проблеми із вивільненням голівки статевого члена під

час ерекції і труднощі із проведенням статевого акту. Проте, не всі ці дефекти можна ліквідувати стандартною операцією – френулотомією. Часто виникає необхідність у використанні додаткових пластичних елементів при проведенні оперативного втручання [3]. Існуючі способи оперативної корекції не завжди можна використовувати у запропонованому вигляді. Іноді потрібне їх поєднане використання. Крім того, під час проведення хірургічного втручання необхідно враховувати його ступінь, анатомічні особливості будови статевих органів пацієнта, особливо у дорослих і сексуально активних чоловіків, а також всі їх сексуальні бажання. Операції з цього приводу є елементами естетичної, генітальної пластичної і сексуальної хірургії [2].

Мета дослідження. Розробити і впровадити модифікований спосіб френулотомії з поєднаною пластикою передньої шкірочки статевго члена.

Матеріал і методи. Нами розроблена модифікація способу комбінованої пластики вуздечки статевго члена і листків його передньої шкірочки. Сутність способу полягає у тому, що на першому етапі проводимо відсічення дистального краю вуздечки паралельно нижній поверхні голівки статевго члена до вінцевої борозни. Утворений конусоподібний дефект шкіри розсікаємо за ходом ранового дефекту з одночасним розсіченням і вивільненням нижче розташованих шарів від рубцевих тканин і обов'язковим збереженням підшкірних кровоносних судин і нервів. Утворений трикутний дефект ушиваємо косметичним швом у вигляді літери «Y» з верхівкою у зовнішнього отвора уретри. Після вільного оголення голівки статевго члена слід від оперативного втручання залишається повністю на нижній поверхні статевго члена під його голівкою.

Результати дослідження. Розроблений спосіб використано під час оперативного лікування 56 пацієнтів з наведеними вище проблемами вуздечки і передньої шкірочки статевго члена. Ускладнень протягом оперативного втручання та після операції не було. У всіх випадках вдалося ліквідувати природжені та набуті дефекти вуздечки і передньої шкірочки статевго члена. У післяопераційному періоді для надання умов до формування еластичного рубця призначали протеолітичні препарати і фізіотерапію.

Висновки. Запропонований спосіб дозволяє одночасно усунути коротку вуздечку статевго члена і рубцевозмінену частину передньої шкірочки, відновити естетичний вигляд і нормальну статеву функцію чоловіків.

Література

1. Зеляк М.В. Фимоз: показання до операції. Власний досвід. / М.В. Зеляк, Б.М. Зіняк, Б.Д. Баб'як, Т.Л. Архитко // Урологія. - 2015. - Т. 19, №4(75). - С. 54-57.
2. Синицкий Ю.Ю. Сексологический и эстетический аспекты в хирургическом лечении сужения крайней плоти / Ю.Ю. Синицкий, С.Ю. Синицкий // Здоровье мужчины. - 2010. - №2. - С. 134-140.
3. Barannik S.I. Method plastics of the excess flesh of the penis / S.I. Barannik, K.S. Barannik // 9th Congres of ESAU of EAU. S.-Petersburg/Russia, 2011. – P. 38.

ПОДОВЖЕННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА: НОВИЙ ХІРУРГІЧНИЙ МЕТОД CROSS-ПЛАСТИКИ ШКІРИ У ПАЦІЄНТІВ З ПЕНІЛЬНОЮ ДИСМОРФОФОБІЄЮ

Бойко М.І.

Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини ДУС
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Мета: Інвертована V-Y пластика визнана стандартною методикою при подовженні статевго члена. Але вона має ряд недоліків і не завжди призводить до ефективного подовження [1]. У цій роботі ми пропонуємо новий метод хірургічної пластики шкіри, який супроводжує лігаментотомію.

Матеріали Та Методи: 25 пацієнтам з пенільною дисморфофобією пеніса ми зробили лігаментотомію для подовження пеніса та застосували новий метод cross-пластики шкіри, застосовуючи повздовжній шов на шкірі пенокубікальної ділянки після поперечного розрізу. Розріз шкіри довжиною 3-4 см було виконано поперечно на 8-10 мм вище основи статевго члена. Тканини розрізались поперечно до пращеподібної та підтримуючої зв'язок члена, які також були розсічені. Провели рефіксацію кавернозного тіла до шкіри, запобігаючи ретракцію члена, з одного боку, і утворюючи новий проксимальний край статевго члена, з іншого(2). Всі тканини і шкіра зашиті повздовжньо. Таким чином, ми пересунули шкіру лобкової ділянки на пеніс. При необхідності можна зрізати невеликі шкірні "вуха", які утворилися в верхньому та нижньому кутах рани.

Середній вік становив 30,4 (26-35 років). Антропометричні вимірювання передопераційної та післяопераційної довжини статевго члена проводилися з середнім періодом спостереження 6 місяців. Пацієнтів також оцінювали за допомогою запитань оцінки задоволення результатом. Статистичний аналіз включав тест з використанням критерія Манна-Уїтні (U).